



TITLE:

原発性肺内胸腺奇形腫および前縦隔胸腺奇形腫の各治験例

AUTHOR(S):

吉松, 修; 内田, 盛夫; 尾島, 昭次

CITATION:

吉松, 修 ...[et al]. 原発性肺内胸腺奇形腫および前縦隔胸腺奇形腫の各治験例. 日本外科宝函 1965, 34(1): 167-181

ISSUE DATE:

1965-01-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/206445>

RIGHT:

原発性肺内胸腺奇形腫および前縦隔胸腺奇形腫の各治験例

大阪赤十字病院外科（部長：前 文雄）

吉 松 修・内 田 盛 夫

京都大学医学部病理学教室（教授：岡本排造）

尾 島 昭 次

〔原稿受付 昭和39年10月28日〕

Two Cases of Thymic Teratoma, One originated in the Lung the Other in the Mediastinum

by

OSAMU YOSHIMATSU* and MORIO UCHIDA**

From the Surgical Division, Osaka Red-Cross Hospital
(Chief : Dr. FUMIO HAZAMA)

AKITSUGU OJIMA***

From the Department of Pathology, Kyoto University Medical School
(Director : Prof. Dr. KOZO OKAMOTO)

Two cases of thymic teratoma were reported. One originated in the lung and the other in the mediastinum.

The first case is a 20-year-old office girl who had recurring hemoptysis. A hen's egg-sized cystic tumor originated in the left upper lobe was removed by lobectomy. The second case is a 26-year-old carpenter who complained of cough and hemoptysis. An over-fist-sized solid tumor located in the left anterior superior mediastinum was extirpated together with the left upper lobe. Both patients have been healthy for more than 2 years.

Histologically the first tumor consisted of a dermoid cyst associated with solid portion which involved thymic tissue and contained cartilage, striated muscle etc. The second case was a solid teratoma composed of various tissues from 3 germ layers, that is, epidermis, pancreas, thymus, glandular structures resembling intestinal mucosa and Fallopian tube, cartilage and smooth muscle etc.

It may be of interest and significance to indicate that these cases, especially the first one, added further support to Schlumberger who advocated thymic origin for the pathogenesis of mediastinal teratoma.

Only one case similar to the first case, which is presumably very rare in the world, has been reported in Japan after our case.

* Associate chief of the Division

** Present position : Chief of Division of Anesthesiology of the same Hospital

*** Present position : Director of Department of Pathology, Gifu University School of Medicine

胸腺原発の腫瘍は胸腺の解剖学的位置に従い普通は前縦隔に発生するが、極めて稀には縦隔外の異常部位に異所的に発見される場合²⁾⁽³⁾⁽⁶⁾⁽²⁸⁾がある。我々はこのような異所的胸腺腫瘍として左肺上葉内に認められた胸腺奇形腫の手術治験例を経験し、昭和37年6月15日、日本胸部外科学会第5回関西地方会で発表した。本腫瘍は発生論的に極めて興味あり、このような症例は文献的に上記学会での我々の報告³⁰⁾が本邦第1例であり、恐らく外国においても稀有な症例ではないかと思われる。その後本奇形腫と同じく胸腺起源とみられる縦隔奇形腫の手術治験例をも得、比較的長期の術後経過を観察したこれら2症例について報告する。

症 例

第1例

患 者：武〇ス〇子，男，20才，会社員。

主 訴：反覆する咯血。

家族歴：父が肺壞疽で死亡しているほか特記するものなし。

既往歴：生来健康で著患なし。「ツ」反応の陽転した5年前の胸部X線写真上異常なしといわれている。

現病歴：昭和35年10月歩行中突然少量の咯血あり、その翌日2、3回血痰がでたが以後ならん自觉症状のないまま放置していた処、36年1月旅行先で盗汗、発熱、軽度の咳嗽を来し、帰宅後近医で胸部X線検査を受け肺結核と診断された。同年3月20日より当院呼吸器科に入院し、SM、PAS、INH併用化学療法を受けたが、5、10、11月の3回にわたり毎月経開始2日前頃から左胸痛、軽熱または微熱を伴い100～200ccの咯血を反覆し、咯血後は月経期間中血痰が持続するのを常とした。胸部X線写真上肺病巣は咯血の前後において変化なく、また10ヵ月におよぶ化学療法でも全く改善されず、喀痰中結核菌は塗抹、培養ともに常に陰性、赤沈値も正常を維持した。以上の経過から肺結核が否定され、毛髪、皮脂様物質など異物を混入する異常痰の咯出なく、また喀痰中腫瘍細胞の細胞診も陰性であったが、肺腫瘍の疑診で外科に転来した。

現 症：体格、栄養ともに正常、平温平脈、筋無力症々状、上大静脈症候群、そのほか縦隔器官の圧迫症状を認めず、全身所見に異常なし。胸部は左前胸上部が短、呼吸音減弱しているほか理学的に異常所見はない。

検査成績：VC 3200cc，%VC 99.9%，MBC 38.4l，%MBC 10.6%，分時 O_2 消費量300cc，呼吸停止時間38"，EKG，気管支鏡，血液，肝機能所見正常，血清梅毒反

応陰性。胸部X線所見は背腹像で大動脈に接する左肺野に、周辺に多少の浸潤影を伴い、境界やや不鮮明、濃度不均等、ほぼ円形を呈する3.5×3.0cm大の腫瘍陰影が認められる（Fig. 1）。この陰影は背面より10cmの正面断層像で鮮明、円形、境界明瞭、均一濃度を呈し、陰影中外側よりに鉤形透亮像が認められ、その輪郭は縦隔陰影外縁に鋭角的移行を示し、しかも両者の間にこれらよりさらに濃度の薄い狭隘な陰影が介在し、この部で腫瘍と縦隔は僅かながらも分離されているのがうかがえる（Fig. 2）。左側より10cmの側面断層像では腫瘍陰影は肺門前上方にあり、前胸壁に密接し、その透亮像は不明瞭となつている（Fig. 3）。以上のX線所見より腫瘍陰影を呈するものは肺腫瘍であり、縦隔腫瘍でないと考えられたが、さらにその鑑別を確実にするため左人為気胸を試みた処注気可能であり、気胸後の背腹および側面像では左肺の虚脱に伴い腫瘍陰影は約半肋間下降し、かつ前胸壁から明瞭な離開を示した（Fig. 4、5）。従つて肺内腫瘍の診断をほぼ確実に下し得た。以上のどのX線像においても腫瘍内に石灰化巣、骨、歯芽などの所在を示す特異陰影は認められない。気管支造影像では腫瘍と気管支枝の關係は明らかでない。

手術所見：良性肺腫瘍の診断で、37年1月31日気管内麻酔下後側方経路で開胸すると、左肺 S_3 内に内側は肺胸膜で包まれ、他は肺実質内に存する鶏卵大の腫瘍を認めた。腫瘍はほぼ球状、緊湊性硬、表面概ね平滑、前胸壁と疎、縦隔とやや密な癒着を営んでいた。しかしこの癒着は腫瘍を把持して動かせば前胸壁は勿論、縦隔からもかなりの移動性を示し、容易に剝離し得て左上葉切除で腫瘍の摘出に成功した。腫瘍と縦隔の癒着範囲は大動脈弓下縁から肺動脈をへて心臓の一部に及ぶものであつたが、縦隔内器官と腫瘍を連結する茎または索状組織を認めず、癒着は単に肺、縦隔両胸膜間に形成されたものであつた。たまたま術中損傷された腫瘍壁の小孔から毛髪を混じた皮脂様内容をもらし、腫瘍が皮様囊腫の成分を有するものであると判明した。

腫瘍の肉眼的所見：縦隔側は肥厚した肺胸膜で包まれているが、その主体は肺実質組織内に存する鶏卵大の単房性囊腫である。内腔には多数の黒色短毛を混じったやや臭気ある皮脂様粥状塊が充滿し、これを除くと囊腫壁内面は灰白色を呈しほぼ平滑である。縦隔側内壁の一部を根部とし長さ3cm、直径1.5～2.5cmの乳頭状突起が内腔に突出し、その部は灰白色、外面は皺襞

に富み、黒色短毛が疎生し、弾性軟で腫瘍の唯一の実質部である (Fig. 6, 7)。

腫瘍の組織学的所見：嚢腫内に突出する実質性乳頭状突起部にはA部に胸腺組織(黒くみえる部)、中央に逆J字型の軟骨などがみられる (Fig. 17)。胸腺部を拡大するとヘマトキシリンに濃染するハッサル小体が見られる (Fig. 18)。Fig. 19は内部構造の若干みられるハッサル小体とそれを取り囲む胸腺細胞を示している。Fig. 20はFig. 17のB部の強拡大で脂肪組織中にみられる毛髪の断面を示し、Fig. 21は同じくC部の拡大で明瞭な軟骨、その上に多列せん毛上皮よりなる粘膜ならびに漿液腺がみられ、それらの間に小円形細胞が多数みられるが、ハッサル小体を認めないので胸腺組織かどうか断定困難である。以上の軟骨および粘膜の性状よりこれらの組織は気管支に類似しているが、宿主のそれか腫瘍の成分であるかの点については、これらが完全に嚢腫内にみられ、こつ然と脂肪組織中にある点より圧迫された宿主のそれとは見做し難く、また粘膜により取り囲まれている気管支腔の大きさと軟骨の大きさとが不当なアンバランスを示している点などから、この気管支様組織は腫瘍の成分と見做すべきである。Fig. 22はFig. 17のD部を示し、左上隅に移行上皮、その下に結合組織が、それに混在し主として下半分に黒い太い線状にみえるのが横紋筋である。Fig. 23はその強拡大で明らかに横紋がみられる。Fig. 24の左方には平滑筋がみられるが、これは右方の毛嚢附近に存するため立毛筋性の平滑筋と思われる。Fig. 25はFig. 17の右方の延長部組織像の一部を示し、上方に角化を伴う扁平上皮が、さらに毛嚢、皮脂腺、汗腺がみられ、典型的な皮様嚢腫の所見を呈している。充実部の大部分は脂肪組織で、その表面はこのような表皮およびその付属器、表皮萎縮像に覆われている。また嚢腫内面は大部分このような所見よりなっている。Fig. 26は腫瘍周辺の宿主肺組織で、無気状を呈し、肉眼的に黄色を呈した所見に一致し肺胞食細胞由来の無数の黄色腫様細胞(左上方)、それらと密に混在して肺胞上皮の胚葉増生(中央)が認められ、慢性炎症も加っている。周辺部肺にはうつ血、血鉄素沈着の著明な部も少なくない。以上の所見は外胚葉性表皮、中胚葉性軟骨、横紋筋などを混じ、明らかに胸腺組織がみられる点より、また肉眼的に嚢腫が縦隔と非連続的である点などから、肺内発生の胸腺原性嚢腫性奇形腫と診断される。

術後経過：咽頭部を経過で術後71日に全治退院し、

現在会社事務員として勤務しつつ全く健康な日常生活を送っている。Fig. 8は術後2年の胸部X線像で左肺下葉は良好に膨張し、横隔膜左側挙上のほか所見を認めない。

第2例

患者：藤C繁，♂，26才，建設業。

主訴：咳嗽および血痰。

家族歴，既往歴：ともに特記するものなし。

現病歴：5ヵ月前から重荷を持ち挙げたり、深呼吸に際し時々左胸痛を覚え、1ヵ月前から咳嗽、喀痰がやや多くなり、数回血痰を喀出したので37年12月13日当院内科に入院し、胸部X線写真で異常陰影を発見され縦隔腫瘍の疑診で38年1月7日外科に転床した。

現症：体格大、栄養良好、平温平脈で全身所見に異常はない。胸部は左第2～4肋間胸骨側方が軽度濁音を呈し、呼吸音減弱しているが、ほかになんら異常所見を認めない。

検査成績：VC4120cc、%VC95.2%、EKGに左心室肥大傾向があるが心筋障害はない。赤沈値1時間13、血液、肝機能所見に異常なく、血清梅毒反応陰性、喀痰中結核菌、腫瘍細胞ともに陰性。胸部X線所見は背腹像で左背面第5～8肋間にわたり縦隔に基底を置き肺野に突出する辺縁鮮明、濃度均一、半円形の7×7cm大の腫瘍陰影を認める (Fig. 9)。背面より12cmの正面断層像で陰影は境界鮮明な円形を呈し、外縁は胸壁に接近し内縁は縦隔陰影外縁に鈍角的に移行している (Fig. 10)。左側より10cmの側面断層像では陰影は肺門の前上方にあり前胸壁に密接している (Fig. 11)。気管支造影では左B₃領域が腫瘍による圧排像を示している。

手術所見：左前上縦隔腫瘍(恐らく奇形腫)の診断で38年1月30日気管内麻酔下後側方経路で第5肋骨を切除して開胸した。腫瘍は超手拳大でその内側部は縦隔胸膜に包まれているが、外側部は左肺S₃内に侵入し肺と強固に癒着しており、この部で索状ないし膜様の胸膜癒着を認めるのみであつた。腫瘍は縦隔と強度に癒着し可動性は殆んどなく、まず腫瘍とS₃の間を剝離しかけたが出血が多くて断念し、左上葉切除を行つた後腫瘍を縦隔から剝離し摘出した。縦隔癒着面は肺動脈前縁、上行大動脈および心嚢であり、胸腺左葉は明らかにでなく右葉と腫瘍の連絡はなかつた。

腫瘍の肉眼的所見：10×9×6cm大、表面粗大凹凸で不平、緊満性硬、波動を証明する (Fig. 12, 13)。剖面は単房性嚢腫で、縦隔側内壁上に根部をもつ大小数

箇の黄白色，弾性軟，表面平滑な腫瘤が内腔に充満している。嚢胞壁内面は概ね平滑，皮脂様物質を附着し，腫瘤は根部以外で内壁との癒着なく振子状可動性を有し，その断面は灰白色，充実性である (Fig. 14, 15)。

腫瘍の組織学的所見：Fig. 14, 15に記されている No. 1～5 の部位から組織標本を作成した処，それぞれ以下の様な多彩な像が得られた。No. 1：腫瘍中心部の白色部で浮腫状の結合織（胎児性結合織），軟骨原基 (Fig. 38)。No. 2：黄色腫様細胞と共存する胸腺（ハツサル小体明瞭，Fig. 29），異物性肉芽（ケラトヒアリンに対する反応，Fig. 42）。No. 3：表皮（表面），腓（巨大な無数のラ氏島，外分泌腺および導管を備える，Fig. 39, 40, 41），軟骨，腸？および結合織（充実部および嚢胞との移行部，Fig. 36, 37），腸管（平滑筋で囲まれた管状粘膜，嚢胞との移行部，Fig. 33），異物性肉芽（嚢胞壁）。No. 4：表皮 (Fig. 30)，腺囊腫 (Fig. 34)，脂肪織，胸腺および黄色腫様組織（嚢胞との移行部，結合織中の腺様組織，Fig. 35）。No. 5：表皮（表面），胸腺および脂肪織（嚢胞との移行部，Fig. 27, 28），腺腫様ポリープ (Fig. 31)のように先端は卵管様であるが，その右下の拡大である Fig. 32では腸粘膜様，結合織および黄色腫様細胞。以上の所見を総括すると，嚢胞壁と腫瘍の移行部に明瞭なハツサル小体を有する胸腺組織が多数認められ，それより延びる腫瘍の表面は毛髪，毛嚢，皮脂腺，汗腺など皮膚附属器を豊富に伴う表皮で覆われ，その内部は胎生期間質が主体であるが，腓，軟骨，腸管様組織，卵管様組織などが散在性に認められる。このような所見から胸腺原発の充実性奇形腫と診断される。なお嚢胞内面には表皮組織や肺組織は認められず，異物巨細胞，リンパ球，形質細胞などの慢性炎症性細胞浸潤を伴う異物性肉芽性炎症組織がみられる。従つて嚢胞には腫瘍性要素はなく，内部の充実性腫瘍表面の表皮剝脱物に対する反応性炎症であると見做される。

術後経過：良好な経過で術後51日目に全治退院し，現在自宅で建設業に従事し常人と変らぬ生活を送っている。Fig. 16は術後1年5ヵ月の胸部X線像である。

考 察

縦隔腫瘍は本邦でも既に多数の報告例に接し，個々の症例に関する単なる症例報告的価値はもはや失われてしまったといつてよい現状である。しかし縦隔奇形腫はほとんど総てが前縦隔に存在し，しかも摘出腫瘍の精細な組織学的検査により腫瘍内の特定部位に胸腺

組織の認められる症例が増加してきたことから，本奇形腫の発生に関して胸腺との関係が一般に注目されるようになったのは本邦では比較的最近のことである。Schlumberger⁵⁾ は早くからこの点に着目し，縦隔奇形腫はむしろ胸腺奇形腫と呼ぶのを妥当とし，本奇形腫の胸腺発生説を提唱したが，第2例は前述のように腫瘍内に胸腺組織が証明されたので，これは当然 Schlumberger の主張に従つて胸腺奇形腫というべきものである。次に第1例に関し以下の2点について文献的考察を加える。

1) 本奇形腫の肺原発性について：稲田ら⁸⁾ は本邦文献から原発性肺皮様囊腫として報告された数例を集めて検討し，そのうち確実なものとして腫瘍の全部が肺組織内に包埋されていた佐藤・篠井¹⁴⁾ の1例のみを挙げ，その他は果して肺原発か否かを疑問とし原発性肺皮様囊腫がいかに稀れなものを述べるとともに，その確実な診断には極めて慎重な態度の必要なことを強調している。今回我々が本邦文献から集め得た肺の奇形腫¹⁰⁾¹¹⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾²⁰⁾²¹⁾²⁴⁾²⁹⁾³¹⁾ または皮様囊腫⁷⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁸⁾¹⁹⁾²⁶⁾ の症例は本例を除き現在17例を数えるに過ぎず，一応これらの総てが肺原発であつたと仮定しても，肺のこのような腫瘍が極めて稀れであることは明らかである。これらの腫瘍が果して肺に発生したものか，縦隔から発生したものかはその確定診断に当り最初に考慮しなければならない点であるのは勿論であるが，実際個々の手術例あるいは剖検例についてこのような鑑別を行うことは腫瘍の初発部位，発育様式，発見時の大きさなどの諸条件によつては必ずしも容易でなく，時には極めて困難な場合すらあり得ると思われる。しかしともかくも腫瘍の限られた部分のみが肺組織内に認められる場合は，これが果して肺原発といえるかどうかを特に注意して病理組織学的に吟味しなければならない。このような見地から本例の肺原発性を検討すると，本腫瘍はその全部が肺実質内に包埋されているとはいえないが，肺実質組織に包まれていない部分もその外部が全面的に肥厚した肺胸膜で覆われていたことから，肉眼的には肺に原発し肺内で発育したものといわねばならない。

2) 肺原発本奇形腫の胸腺由来について：本囊腫は，肺胸膜下の腫瘍実質部にハツサル小体を有する胸腺組織が確認されたことから，その発生母地を肺内迷入胸腺に求めて胸腺奇形腫（囊腫性）と診断されたが，胸腺芽から皮様囊腫の発生する蓋然性はかなり古く Schridde⁹⁾ により記載されており，また胸腺組織が前

縦隔を離れ異所的に肺内に発生する可能性は重症筋無力症を伴う肺内胸腺腫の報告を行つた Castleman¹⁾, Mc Burney³⁾, Crane²⁾ らによつて既に指摘されている処である。従つて以上の可能性はそのいずれもが本例により確実に証明されたものといわねばならない。従来縦隔外で異所的に発見された胸腺腫瘍には、胸腺囊腫⁶⁾, 胸腺腫²⁾³⁾, 胸腺癌²⁸⁾などの記載をみるが、本例のように肺に原発した胸腺腫瘍が奇形腫であつたという報告は本例以前においては窺聞にして我々の知らない処である。しかし本例の報告³⁰⁾より後、最近和田ら³¹⁾により41才女子の左肺上葉内に存した奇形腫の1例が学会報告され、この奇形腫の被膜の一部に胸腺組織が発見されているので、本例は我々の第1例と同じような症例ではないかと興味深く思われる。近年縦隔腫瘍、殊に奇形腫の手術例が急速に増加するに伴いその詳細な組織像が判明するに至り、Schlumberger⁵⁾の主張する縦隔奇形腫(皮様囊腫を含む)の胸腺発生説は、本邦では稲田ら⁹⁾を始め羽田野²²⁾²³⁾によつて強力に支持され、この説は内外で承認されつつある現状である。このことからしても、本例のような肺内迷入胸腺から奇形腫が発生しても別に不思議ではないと考えられる。本例は第2例とともに Schlumberger、稲田らの上記の主張を裏づけるものであり、これにさらに確実な根拠を与え得たものというべきである。

結 語

1) 我々は反覆する咯血を主訴とする20才女子の左肺上葉S₆内に存した鶏卵大の腫瘍、および咳嗽、血痰を主訴とする26才男子の左前上縦隔に発生した超手拳大の腫瘍を、いずれも上葉切除術を施して摘出し、全治させた2症例を報告した。

2) 第1例は皮様囊腫を主体とし、胸腺組織、軟骨、横紋筋などを含む奇形腫で、肺内原発の囊腫性胸腺奇形腫と診断された。第2例も胸腺組織のほか三胚葉成分、殊に膀胱組織を含むもので、充実性胸腺奇形腫と診断された。これらの腫瘍の病理発生に関し若干の文献的考察を行つた。

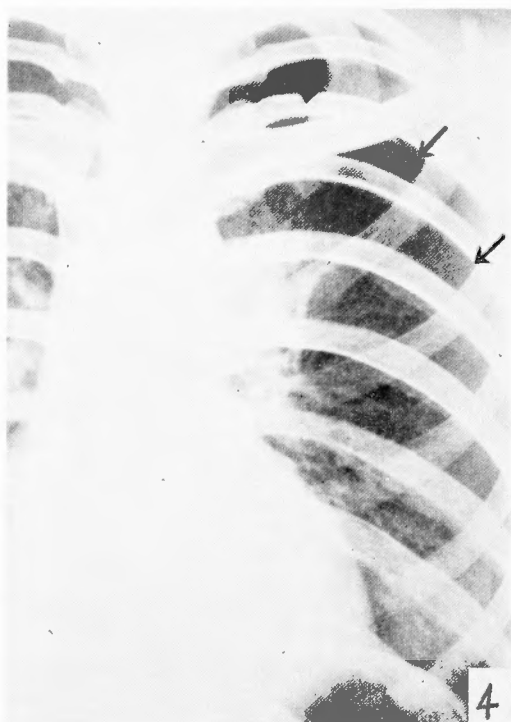
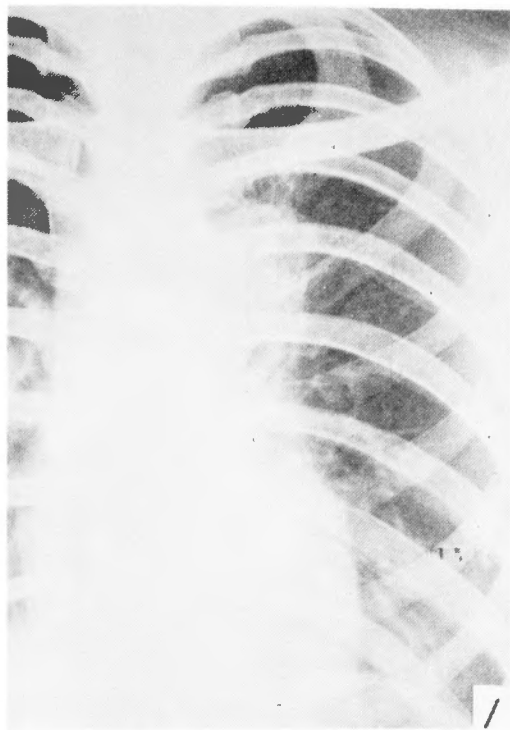
3) 両症例ともに、殊に第1例はSchlumbergerの提唱した縦隔奇形腫胸腺内発生説の論拠にさらに確実な1証拠を与えた貴重な興味深い症例である。

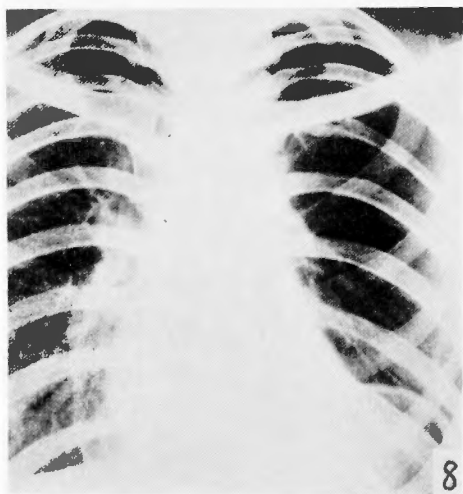
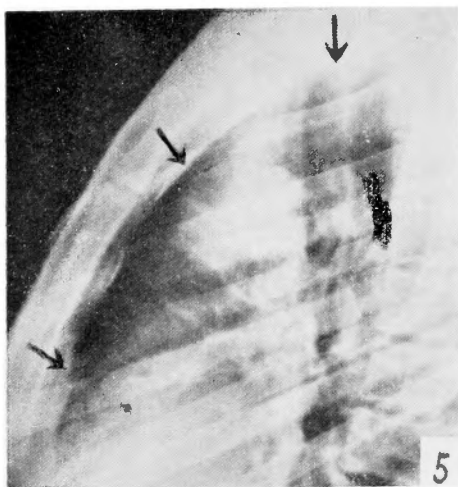
4) 第1例は文献的に本邦第1例であり、恐らく世界的にも極めて稀有な症例かと推定される。

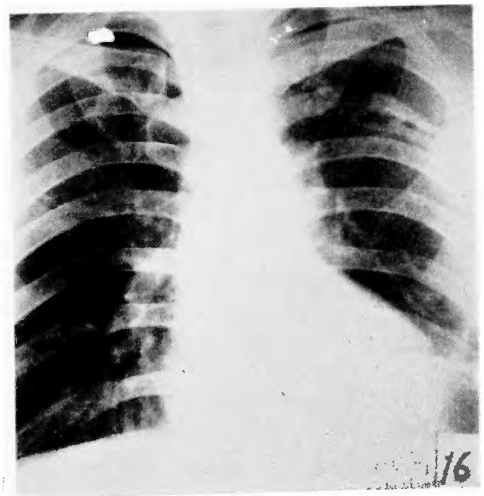
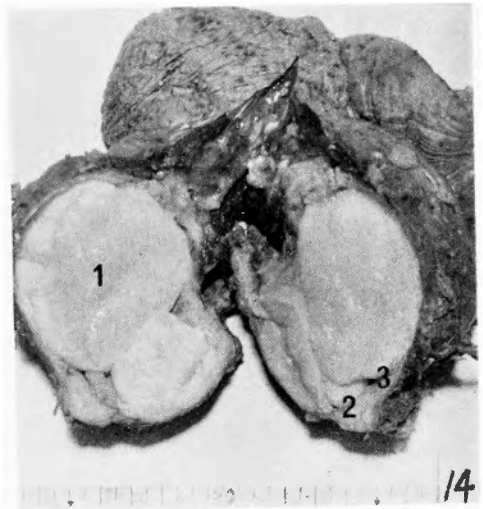
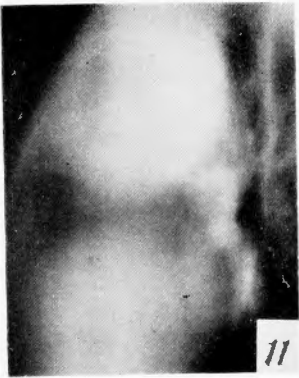
文 献

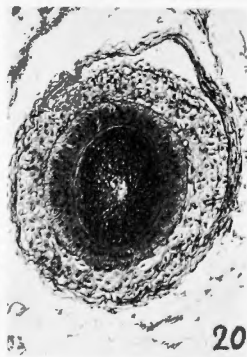
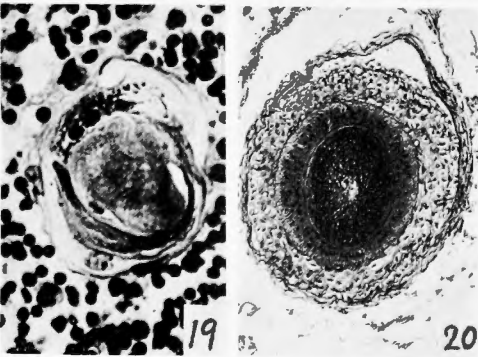
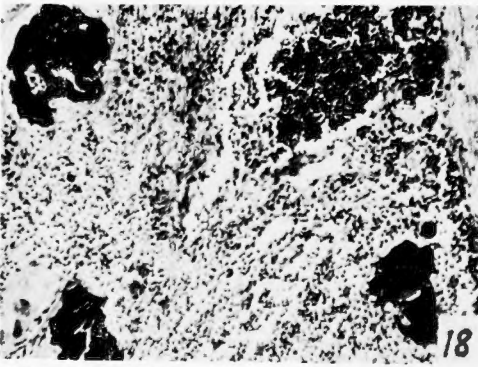
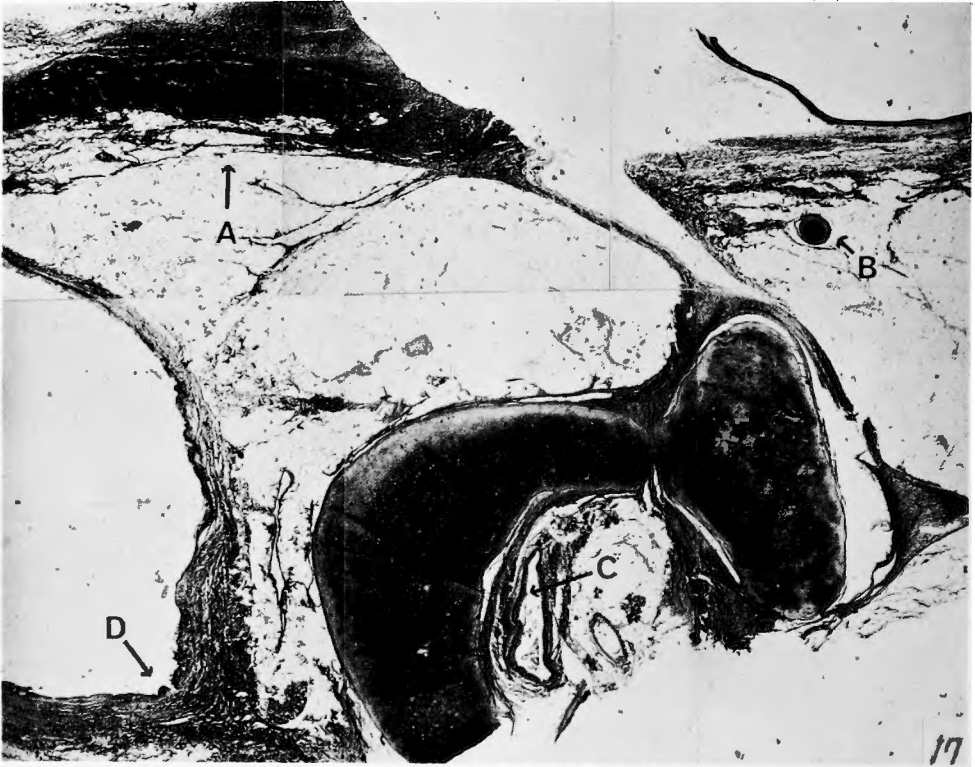
- 1) Castleman, B. et al.: The Pathology of the Thymus in Myasthenia Gravis. *Medicin*, **28**: 27, 1919.
- 2) Crane, A. R. et al.: Primary Subpleural Intrapulmonic Thymoma. *J. Thorac. Surg.*, **25**: 600, 1953.
- 3) Mc Burney, R. P. et al.: Primary Intrapulmonary Neoplasm (Thymoma?) Associated with Myasthenia Gravis. *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **26**: 345, 1951.
- 4) Schridde, H.: *Spezielle Pathologische Anatomie* (L. Aschoff), 173, Gustav Fischer, Jena, 1913.
- 5) Schlumberger, H. G.: Teratoma of the Anterior Mediastinum in the Group of Military Age: A Study of Sixteen Cases, and a Review of Genesis. *A. M. A. Arch. Path.*, **41**: 398, 1946.
- 6) Weller, R. W. et al.: Thymic Cyst of the Neck. *A. M. A. Arch. Path.*, **52**: 569, 1950.
- 7) 青木利信: 肺臓内における皮様囊腫と思われる1腫瘍。臨内, **5**: 845, 1939.
- 8) 稲田潔ほか: 気管支と交通せる縦隔洞皮様囊腫—肺皮様囊腫に対する考察。胸部外科, **9**: 1296, 1956.
- 9) 稲田潔ほか: 縦隔奇形腫の構造とその発生。胸部外科, **11**: 211, 1958.
- 10) 栗原儀郎ほか: 中葉症候群を思わせた右中葉奇形腫の1手術例。綜合臨牀, **7**: 2335, 1958.
- 11) 工藤公雄ほか: 肺内に生じた奇形性癌の1手術例。胸部外科, **15**: 751, 1962.
- 12) 小出敏治: 肺皮様囊腫の1治験例。日外会誌, **47**: 16, 1946.
- 13) 佐多愛彦: 肺皮様囊腫デモンストラチオン。大阪医会誌, **6**: 453, 1911.
- 14) 佐藤清一郎: 肺臓皮様囊腫, 肺臓癌及び肺壊疽の手術(患者供覧)。日外会誌, **23**: 615, 1922. 佐藤清一郎・篠井金吾: 肺臓外科, 313, 平凡社, 東京, 1950.
- 15) 鈴木光治ほか: 肺臓奇形腫の1手術治験例並びにこれに関する統計的觀察。日胸外会誌, **2**: 261, 1954.
- 16) 鈴木千賀志ほか: 良性肺腫瘍と肺癌。臨外, **17**: 547, 1962.
- 17) 高橋喜久雄ほか: 肺化膿症を併発した肺内奇形腫の1手術治験例について。呼吸器診療, **15**: 429, 1960.
- 18) 筑田純正: 肺門部皮様囊腫手術治験例。十全会雑誌, **40**: 2140, 1935.
- 19) 永堀善作: 気管支と交通せる肺皮様囊腫の1治験例。日外会誌, **47**: 17, 1946.
- 20) 内藤正寿ほか: 肺内奇形腫の1手術治験例。胸部外科, **9**: 880, 1956.

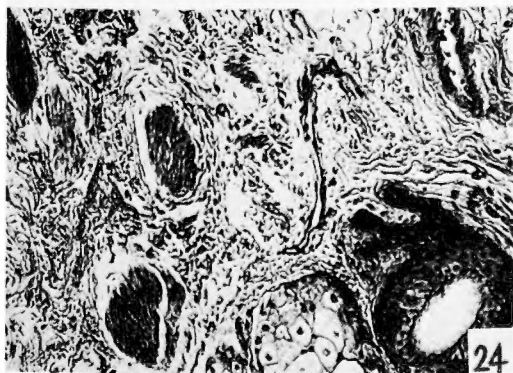
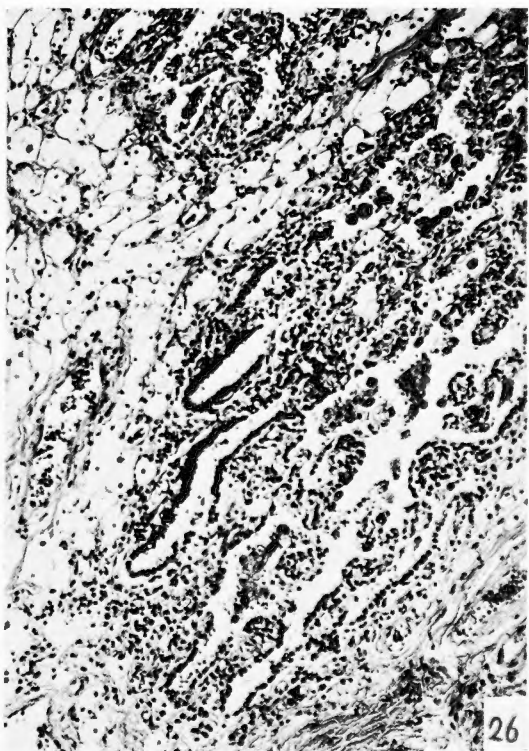
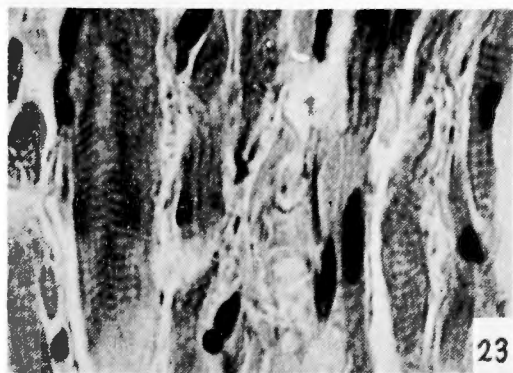
- 21) 林谷幸之助ほか：肺臓内奇形腫の1例。日内会誌，**45**：882, 1956.
- 22) 羽田野茂：縦隔腫瘍について。日胸外会誌，**8**：595, 1961.
- 23) 羽田野茂：縦隔腫瘍：主として胸腺腫及びその関連腫瘍について。日外会誌，**63**：198, 1962.
- 24) 広田通男ほか：結核腫と誤られた肺奇形腫の1手術治験例。交通医学，**12**：749, 1959.
- 25) 平川公義ほか：肺内奇形腫の1例。京大結研紀要，**11**：1, 1962.
- 26) 宮川忠弘ほか：原発性肺皮様囊腫の1手術治験例。胸部外科，**8**：361, 1955.
- 27) 村上義典ほか：レ線照射に由り著効を觀た肺腫瘍の1例。日医放会誌，**20**：1176, 1960.
- 28) 山田実ほか：右側頸部に発生した原発性胸腺腫の1剖検例。癌，**43**：383, 1952.
- 29) 米谷正三ほか：肺臓奇形腫の1例。東北医学雑誌，**55**：294, 1957.
- 30) 吉松修ほか：左肺上葉内に認められた胸腺皮様囊腫の1治験例。日胸外会誌，**10**：510, 1962.
- 31) 和田昭ほか：肺内奇型腫の1例。日本癌学会記事（第22回総会），228, 1963.

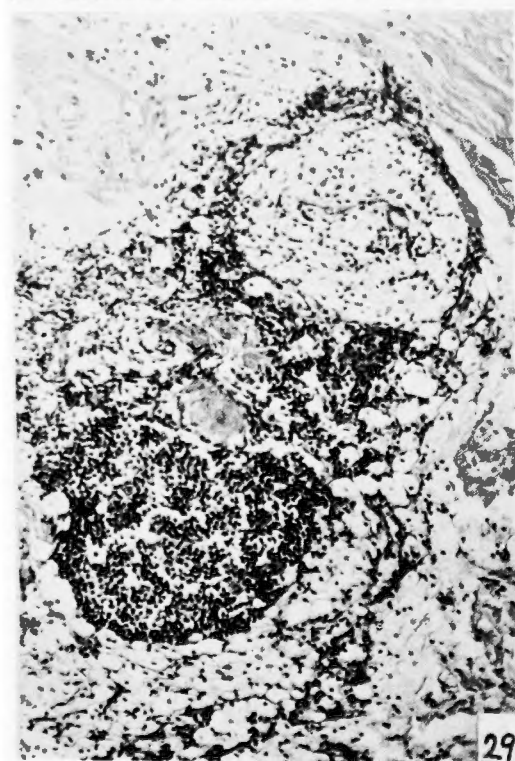


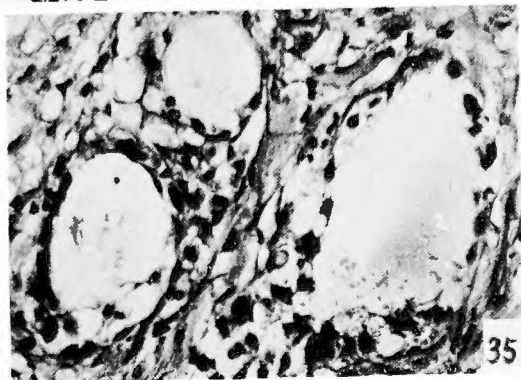
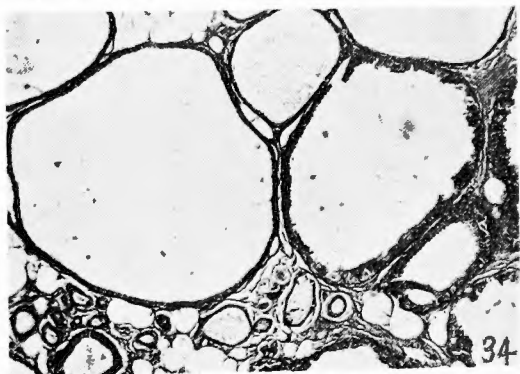
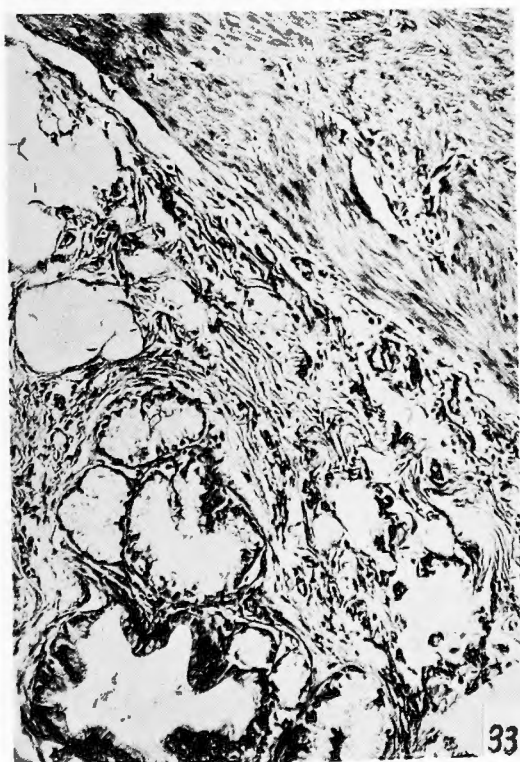
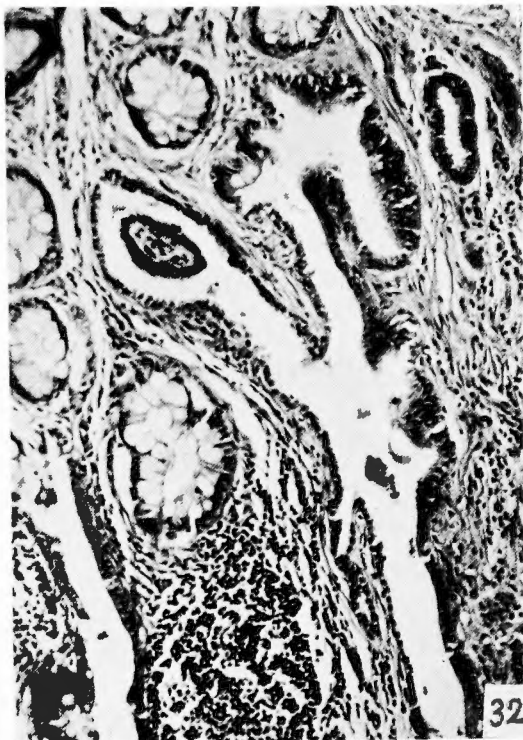


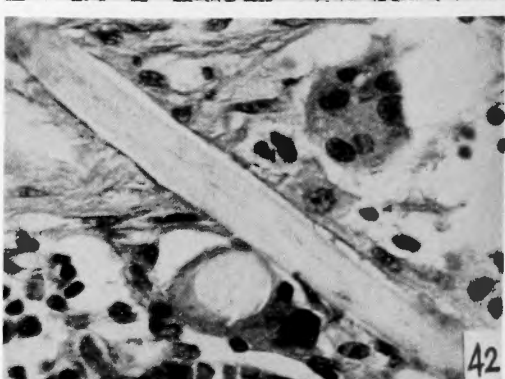
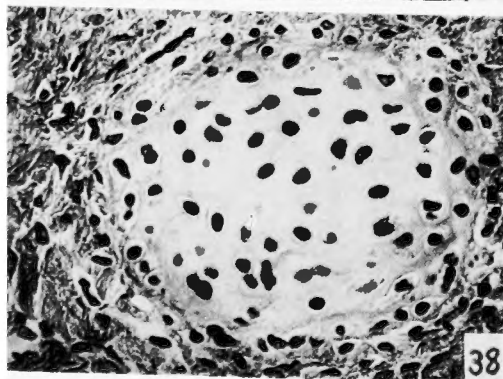
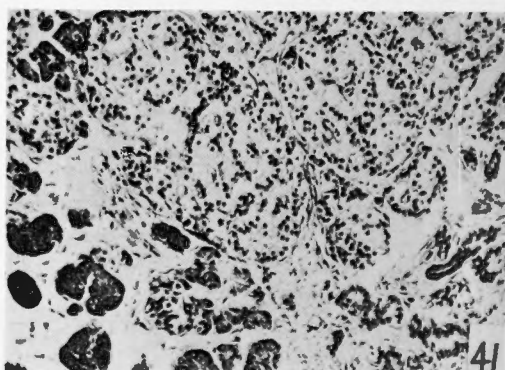
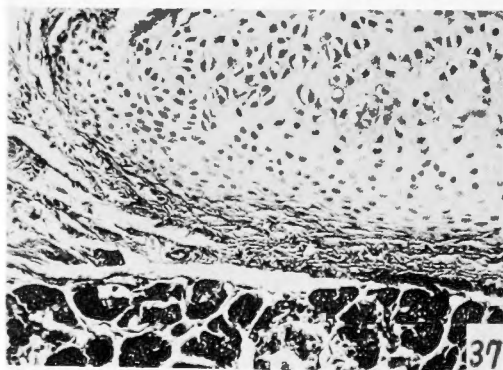
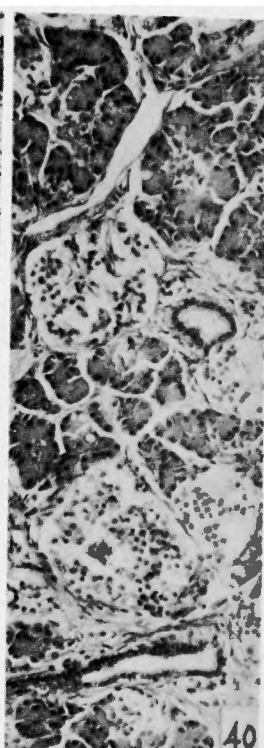
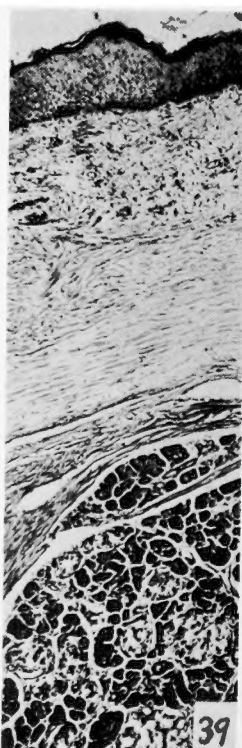
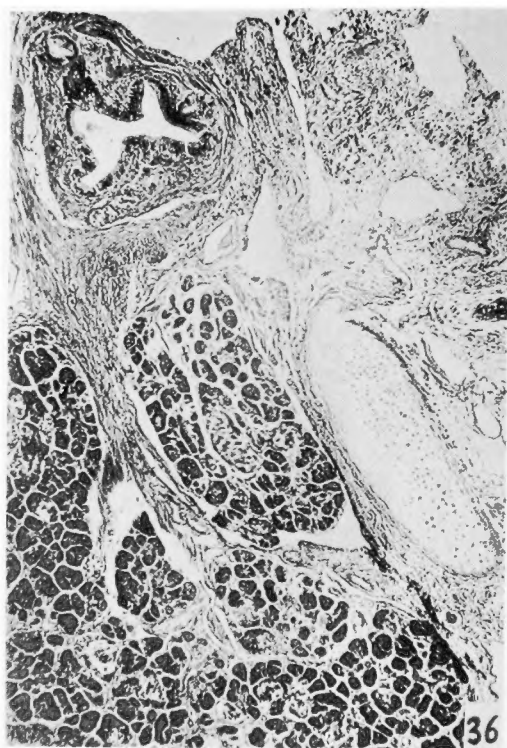












EXPLANATION OF FIGURES

- Fig. 1. Dorso-ventral chest X-ray picture showing an intrapulmonic tumor shadow of case 1 on admission.
- Fig. 2. Tomogram of the above shadow.
- Fig. 3. Left lateral tomogram of the above shadow.
- Fig. 4. Dorso-ventral chest X-ray picture of case 1 after artificial pneumothorax. Tumor shadow descended half intercostal space by collapse of the left lung (↓).
- Fig. 5. Left lateral chest X-ray picture after artificial pneumothorax. The above shadow separated from the frontal thoracic wall by collapse of the left lung (↓).
- Figs. 6 and 7. Macroscopic findings of the extirpated tumor of case 1 by left upper lobectomy.
- Fig. 8. Dorso-ventral chest X-ray picture of case 1 two years after operation.
- Fig. 9. Dorso-ventral chest X-ray picture showing a mediastinal tumor shadow of case 2 on admission.
- Fig. 10. Tomogram of the above shadow.
- Fig. 11. Left lateral tomogram of the above shadow.
- Figs. 12 and 13. Macroscopic pictures of the lobectomized left upper lobe involving a tumor of case 2.
- Fig. 14. Cut surface of the above tumor.
- Fig. 15. Inner surface of the cavity which contains the tumor.
- Fig. 16. Dorso-ventral chest X-ray picture of case 2 one year and five months after operation. Photomicrographs were taken from sections stained with hematoxylin and eosin. Figures 17 through 26 are from case 1 and figures 27 through 42 are from case 2.
- Fig. 17. This photomicrograph is consisted of 6 parts panoramically connected. The left upper dark area A represents thymic tissue, a round tissue indicated by B is cut surface of a hair, area indicated by C shows bronchuslike tissue and the reverse J letter-like tissue is cartilage, and the area D will be enlarged in Figs. 22 and 23. × 13.
- Fig. 18. Enlargement of area A shown in Fig. 17 shows thymic tissue involving 3 Hassall's bodies deeply stained with hematoxylin, × 80.
- Fig. 19. Enlarged Hassall's body. The structure is somewhat visible, and thymocytes. × 400.
- Fig. 20. Enlargement of B shown in Fig. 17. Cut surface of the hair. × 100.
- Fig. 21. Enlargement of area C shown in Fig. 17. Mucous membrane composed of ciliated columnal epithelium, round cell infiltration, serous glands and cartilage. This part seems to be a component of the tumor rather than the bronchus of the host. × 100.
- Fig. 22. Enlargement of area D shown in Fig. 17. Transitional epithelium is seen in the left upper corner and striated muscular bundles, which look dark, scatter mainly in the lower half. × 100.
- Fig. 23. Higher magnification of the striated muscle seen in Fig. 22. × 800.
- Fig. 24. Three bands of smooth muscle, which probably have origin of the arrector pili, are shown in the left and a hair follicle and sebaceous gland in the right lower corner. × 100.
- Fig. 25. Epidermis and cutaneous appendages. × 100.
- Fig. 26. This photomicrograph was taken from the non tumorous pulmonary tissue adjacent to and compressed by the tumor tissue, and shown atelectasis, proliferation of xanthomatous cells, infiltration of inflammatory cells and alveolar epithelium. × 100.
- Figures 27 through 42 were taken from microscopic slides, which obtained from portions shown by numbers 1 through 5 in the former Figures 14 and 15, of case 2.
- Figs. 27 and 28. Epidermis, fatty and thymic tissue were found in the slides of Nos. 4 and 5. × 13.
- Fig. 29. Thymic tissue is scattered in the xanthomatous tissue, found in No. 2. × 100.
- Fig. 30. Higher magnification of the dermal elements, coating the surface of the tumor, found in Nos. 3, 4 and 5. × 40.
- Fig. 31. Adenomatous polyp in No. 5. Its top resembles Fallopian tube. × 13.
- Fig. 32. Enlargement of the left lower part of Fig. 31. It seems to be intestinal mucous membrane. × 100.
- Fig. 33. Mucous glands surrounded by the smooth muscle (right upper), found in No. 3, resemble the wall of bowel. × 100.
- Fig. 34. Cystoadenomatous proliferation in No. 4. × 40.
- Fig. 35. Glandular tissue found within the connective tissue in No. 1. × 200.
- Fig. 36. Intestinal tract-like structure, cartilage and pancreas tissue in No. 3. × 40.
- Fig. 37. Higher magnification of Fig. 36. × 100.
- Fig. 38. Immature cartilage in No. 1. × 400.
- Fig. 39. Epidermis and pancreas in No. 3. × 40.
- Fig. 40. Islets of Langerhans, pancreatic acini and ducts in No. 3. × 100.
- Fig. 41. Huge islets showing marked hypertrophy in No. 3. × 100.
- Fig. 42. Foreign body granulation in Nos. 2 and 3. The inner surface of the cavity which contained the teratoma mostly presented not tumor tissue but chronic inflammation, especially foreign body inflammation against epidermal debris desquamated from the surface of the teratoma. × 400.